



**HEP**  
PERINATAL HEPATITIS B  
PREVENTION PROGRAM  
**B**

**Present this card to your nurse in the hospital's delivery area before the birth of your baby. Ask your nurse to complete the information on this card.**

Patient Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_

Hospital Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

**I had a positive hepatitis B surface antigen (HBsAg) test.**

Physician: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Lab Name: \_\_\_\_\_

**Upon hospital admission and prior to delivering my baby, I need a 2nd HBsAg test.**

Baby's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Time of Birth: \_\_\_\_\_

Birth Weight: \_\_\_\_\_ Gestational Age: \_\_\_\_\_

**My baby needs to receive the following within 12 hours after birth:**

Hepatitis B immune globulin (HBIG)  
Date Given: \_\_\_\_\_ Administered by: \_\_\_\_\_  
Time Administered: \_\_\_\_\_

Hepatitis B vaccine 1st dose  
Date Given: \_\_\_\_\_ Administered by: \_\_\_\_\_  
Time Administered: \_\_\_\_\_

Mailing Address:  
Texas Department of State Health Services  
Immunization Branch  
Attn: Perinatal Hepatitis B Prevention Program  
Mail Code 1946 P.O. Box 149347  
Austin, Texas 78714-9347



www.TexasPerinatalHepB.org  
Tel: (800) 252-9152  
Fax: (512) 776-7544

Stock No. F11-11539  
Rev. 06/2016



**HEP  
PERINATAL PROGRAM DE  
PREVENCIÓN DE LA HEPATITIS B  
B**

**Presente esta tarjeta a su enfermera en el área de partos del hospital antes de que nazca su bebé. Pídale a su enfermera que rellene la información en esta tarjeta.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Mi análisis de antígeno superficial de hepatitis B (HBsAg) resultó positivo.**

Médico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del laboratorio: \_\_\_\_\_

**Al ser ingresada al hospital y antes de dar a luz, necesito que me hagan un 2.o análisis de HBsAg.**

Nombre del bebé: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hora de nacimiento: \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Edad gestacional: \_\_\_\_\_

**Mi bebé necesita recibir lo siguiente dentro de las 12 horas siguientes al nacimiento:**

Inmunoglobulina antihepatitis B (HBIG)

Fecha dada: \_\_\_\_\_ Administrada por: \_\_\_\_\_

Hora en que se administró: \_\_\_\_\_

Hepatitis B vacuna: la primera dosis

Fecha dada: \_\_\_\_\_ Administrada por: \_\_\_\_\_

Hora en que se administró: \_\_\_\_\_

Dirección de correo:

Texas Department of State Health Services  
Immunization Branch

Attn: Perinatal Hepatitis B Prevention Program  
Mail Code 1946 P.O. Box 149347  
Austin, Texas 78714-9347



www.TexasPerinatalHepB.org  
Tel: (800) 252-9152  
Fax: (512) 776-7544

Stock No. F11-11539  
Rev. 06/2016